

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

173

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Février 1907, à 1 heure

PAR

Casimir CAIRE

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DE

La Tuberculose

Président : M. ROBIN, professeur

Juges } MM. DEBOVE, professeur
 } THOINOT, professeur
 } JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie.....		POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHEL
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants.....		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de
vénération filiale.*

A MES FRÈRES

A MES SCEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

La déclaration obligatoire

DE

La Tuberculose

INTRODUCTION

L'Académie de Médecine avait refusé en 1903 d'inscrire la tuberculose parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire. En 1906, à la suite d'une nouvelle et intéressante discussion sur ce sujet, elle a conclu qu'il convenait « d'organiser la lutte contre la tuberculose par une loi spéciale, qui devra envisager non seulement la transmissibilité, mais aussi les autres facteurs étiologiques, notamment l'insalubrité des locaux et l'alcoolisme ». Nous avons pensé qu'il n'était pas inutile de revenir sur cette question à l'ordre du jour, et de réunir toutes les objections qui ont été faites en France à la déclaration obligatoire ; mais il était également intéressant de

leur opposer les mesures législatives prises par les divers pays qui l'ont adoptée : leur groupement permettra de faire des comparaisons intéressantes à plus d'un titre.

Nous diviserons ce travail en trois chapitres.

Dans un premier chapitre, nous résumons la pathogénie de la tuberculose. Son étude nous semble utile pour deux raisons : *a*) certains arguments contre la déclaration obligatoire s'appuient sur la valeur prépondérante attachée à certains facteurs étiologiques de la maladie ; *b*) les récentes expériences sur la voie d'entrée du bacille de l'organisme pouvaient faire croire que la lutte contre la tuberculose devait être dirigée dans un nouveau sens ; il était bon d'insister sur ce fait que, même l'origine intestinale admise, la contagion humaine reste le danger.

Dans un second chapitre, nous exposons les diverses mesures législatives prises à l'étranger dans les pays qui ont adopté la déclaration de la tuberculose, soit obligatoire, soit volontaire. Nous ne les avons trouvées groupées dans aucun ouvrage ; nous serions heureux d'éviter à ceux que la question intéresse des recherches fastidieuses.

Dans un dernier chapitre, nous reprenons tous les arguments faits en France contre la déclaration obligatoire de la tuberculose et sa difficulté d'application. Ils dicteront nos conclusions.

Nous prions M. le professeur Alb. Robin d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour l'hon-

neur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

De Marseille, nous garderons le meilleur souvenir des leçons données à l'école et à l'hôpital par MM. les professeurs Villeneuve, Queirel, Laget, d'Astros, Alezais, Oddo, Delanglade ; par MM. les docteurs Michel, Pluyette, Louge, Olmer. Que nos maîtres MM. les docteurs Fr. Arnaud et Schnell reçoivent l'expression de notre sincère reconnaissance pour les marques toutes particulières de sympathie qu'ils nous ont données.

A Paris, nos remerciements vont spécialement à M. le docteur Boissard, accoucheur de l'hôpital Tenon, qui a bien voulu nous permettre de faire un stage dans son service et nous y a témoigné la plus grande bienveillance ; et à notre excellent ami, le docteur Aimé Hellion, pour ses nombreux témoignages d'affection.

Que les docteurs H. Soulas et R. Provansal soient assurés à nouveau de la profonde amitié que nous avons pour eux.

Notre frère, le docteur Caire, a été pour nous un guide précieux pendant toute la durée de nos études. Son expérience et son affection nous ont été d'un grand secours. Nous ne saurons jamais assez lui en témoigner notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Pathogénie de la tuberculose

La tuberculose fut d'abord considérée comme une maladie héréditaire : « Un phtisique naît d'un phtisique », disait Hippocrate. Mais si les uns pensaient que la tuberculose est une diathèse et comme telle se transmet intégralement des parents aux enfants, d'autres soutenaient que l'enfant n'hérite pas du germe de la maladie, mais apporte en naissant un terrain favorable à son développement. On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable.

La croyance à la contagiosité de la phtisie est aussi fort ancienne. Galien, Valsalva, Van Swieten croyaient à la contagion et Morgagni la redoutait à tel point qu'il ne voulait jamais faire l'autopsie de phtisiques. Elle avait même provoqué en certains pays diverses mesures de protection. Ferdinand VI, roi de Naples, disait notamment, dans son édit de 1782 : « La phtisie est autour de nous..... Le malade mort, il reste après lui des germes de sa maladie, nichés et cachés dans beaucoup d'objets, portant un grand

péril pour qui en fait usage. La plupart des gens accordent aux malades atteints de phtisie pulmonaire peu d'attention, il en résulte que les phtisiques communiquent la vénéneuse influence à ceux qui respirent la même atmosphère corrompue par les exhalaisons putrides et font usage des mêmes vêtements et des mêmes mobiliers... »

Ces notions sur la contagiosité de la maladie s'étaient transmises de père en fils en Espagne, en Italie, dans le midi de la France : témoins les lettres de Chateaubriand écrites à Rome, de Georges Sand qui voyageait en 1839 à Majorque, à Palma et à Barcelone, avec Chopin qui se mourait de la poitrine.

Mais ces croyances n'avaient pas pénétré les pays du Nord. D'ailleurs l'opinion médicale fut modifiée par le courant anticontagioniste créé par Broussais ; ainsi Laënnec, Andral, Trousseau, se montrèrent très réservés à l'égard de la contagion. C'est en 1865 que Villemin démontre expérimentalement la transmissibilité de la maladie et conclut de ses recherches : le soldat phtisique est à son voisin de chambrée ce que le cheval morveux est à son compagnon d'écurie. En 1882 Kock découvre le microbe, nous faisant ainsi connaître l'agent de la transmission. Dès lors est créée la fameuse question de la graine et du terrain : « Nul ne devient tuberculeux, dit Debove, s'il ne reçoit de l'extérieur le germe de la maladie. Cette contagion est rendue possible ou facilitée par des conditions inhérentes à l'individu, *héréditaires*

ou *acquises*, mais ces conditions n'agissent qu'en préparant le terrain ou en favorisant la pénétration du germe. »

Conditions héréditaires. — Car si l'hérédité de graine est très exceptionnelle, l'hérédité de prédisposition semble encore admissible. Hutinel trouve concluantes à cet égard les recherches de Langerhans faites à Madère ; et dernièrement encore, à l'Académie de médecine, Huchard et Kelsch disaient que c'est à tort que l'hérédité n'est plus guère prise en considération : « La pathogénie de la tuberculose n'est pas celle d'une maladie simplement transmissible, dont l'étiologie se résume dans la contagion comme la pathogénie de la variole ou de la scarlatine. D'autre part, en effet, elle embrasse tous les modes de développement, depuis l'hérédité qui n'est plus guère prise en considération, à tort à mon avis, jusqu'à la contagion qui l'est peut-être un peu trop... Le rôle du terrain domine celui du microbisme. »

Conditions acquises. — Ce sont toutes les causes sociales de la tuberculose : alcoolisme, habitations insalubres, misère, dont l'importance est pour certains aussi grande que celle du bacille, et qu'on a traduite par divers aphorismes si souvent répétés : la phtisie se prend sur le zinc ; la tuberculose est la maladie de l'obscurité. La prépondérance accordée à leur rôle est un argument contre la déclaration obligatoire.

Mais la contagion est un élément indispensable : comment se fait-elle ? Les expérimentateurs comme

les cliniciens pensaient jusqu'à ces derniers temps que la voie aérienne ou bucco-pharyngée était, sinon l'unique, du moins la voie la plus importante de l'infection. Or, Behring, après de nouvelles expériences, a soutenu récemment une autre hypothèse. Pour lui, c'est par la voie intestinale que se fait l'infection chez l'enfant (que le bacille provienne de l'alimentation ou des expectorations de l'entourage) : quant à la tuberculose de l'adulte, elle ne se contracte pas par les voies respiratoires (la voie digestive est impossible, parce qu'à l'état normal, chez l'adulte, le revêtement épithélial de la muqueuse intestinale constitue une véritable barrière que les microbes sont souvent incapables de franchir) : mais elle résulte presque toujours d'une infection intestinale survenue pendant le jeune âge et qui évolue tardivement : « Etant donnée la grande prévalence de la tuberculose chez l'homme, il est bien certain que cette objection est justifiable qui affirme que les poumons des personnes dont on parle qui ont succombé à la phthisie contenaient déjà des centres de tuberculose et que la tuberculose déjà existante s'était transformée en phthisie galopante, à cause de leur façon de vivre favorable à la tuberculose. L'occasion de contagion ne peut par elle seule représenter un facteur décisif pour l'origine de la phthisie ».

L'hypothèse de Behring n'a pas reçu un bon accueil de la part des cliniciens français ainsi qu'en témoignent la communication d'Hutinel et Lereboullet et le rapport de Marfan au Congrès de la tuberculose à Paris en 1905.

Cependant Calmette, après de nouvelles expériences, pensa que si l'hypothèse du médecin allemand doit être abandonnée, il faut admettre que la tuberculose pulmonaire, quel que soit l'âge auquel elle se contracte, peut être d'origine intestinale récente, sans que persiste aucune lésion visible de l'intestin ; que les poussières sèches ou humides souillées de bacilles tuberculeux sont en général incapables de produire l'infection directe des poumons que, dans l'immense majorité des cas, la contagion de l'homme résulte de la pénétration dans ses voies digestives de bacilles frais et virulents de provenance humaine. Au Congrès de La Haye en 1906, Flügge et Spronck ont vivement combattu la théorie de Calmette. D'autre part, le professeur Ribbert, de Bonn, conclut de ses constatations anatomo-pathologiques faites vers la même époque : « Il ne viendra à l'idée de personne d'attribuer les lésions des nodules sous-pleuraux aux bacilles tuberculeux venus de l'intestin : ces lésions ont été certainement déterminées par des bacilles tuberculeux inhalés... les nodules sous-pleuraux constituent une preuve de l'infection aérogène des poumons et plaident en même temps en faveur de l'origine aérienne de la tuberculose des ganglions bronchiques. » L'institut Pasteur de Lille a également donné, à l'appui de la théorie de Calmette, les résultats des recherches de Petit, de Vanssteenberghé et Grysez, sur l'origine intestinale de l'anthracose du poumon. Sans discuter la conclusion tirée de cette analogie, on peut leur opposer les ex-

périences contraires d'Hoche et Funck (société de biologie, décembre 1906). On pourrait également objecter qu'il n'est pas toujours possible de conclure des expériences faites sur les animaux à l'homme : car il est certain que quelques parasites se localisent de préférence à un organe, quelle que soit la voie d'introduction, et cela pour telle espèce animale déterminée.

Quoi qu'il en soit, il semble donc qu'à côté d'une origine aérienne de l'infection, on puisse admettre une origine intestinale (dont Chauveau parla le premier). Mais quel que soit le mode d'infection, aérogène ou intestinal, il demeure établi que c'est la contagion humaine qui reste le grand danger, le seul, dit Comby, qui compte pratiquement dans la dissémination mondiale de la tuberculose. Que le bacille arrive directement au poumon par inhalation, ou par la voie intestinale, c'est toujours l'expectoration du phtisique qui sera coupable. La prophylaxie ne changera pas ; elle visera toujours la contagion humaine.

Si nous avons rapidement esquissé ce chapitre sur la pathogénie de la tuberculose, c'est que certains arguments contre la déclaration obligatoire reposent sur l'importance accordée à divers facteurs étiologiques de l'affection ; nous voulions, d'autre part, montrer que les expériences récentes sur la voie d'entrée du bacille dans l'organisme ne diminuent en rien l'importance du rôle de la contagion

humaine. Nous nous exposerions, en l'oubliant, à perdre rapidement le bénéfice des campagnes entreprises pour instruire le public sur les dangers de la contagion.

CHAPITRE II

La déclaration à l'Etranger

La notion de la contagiosité de la tuberculose avait, il y a déjà longtemps, provoqué des mesures préservatrices. C'est ainsi que le 6 octobre 1751, Ferdinand VI, roi d'Espagne, avait pris des arrêts protecteurs, « l'expérience ayant fait voir combien est périlleux l'usage du linge, des meubles et des objets ayant servi aux personnes atteintes et mortes de maladies étiques, phthisiques, et autres maladies contagieuses. » Trente ans plus tard, Ferdinand IV, roi de Naples, des deux Siciles et de Jérusalem, dans son édit concernant la contagion de la tuberculose, enjoignait « à tous les médecins, assistants de malades, religieux ou laïques, de déclarer les phthisiques ainsi que les décès par étisie, afin que les objets à eux ayant appartenu soient inventoriés et brûlés ; afin que les chambres mortuaires soient désinfectées (vinaigre, eau-de-vie, eau de mer, fumigations, etc.,) et réparées ; déclaration faite, sous peine par les man-

quants de trois ans de galère ou de prison militaire, s'ils sont manants ; de trois ans de forteresse et de cent ducats d'amende, la première fois, s'ils sont médecins ; sous peine de dix ans de relégation la seconde fois ; sous peine de dix ans d'exil du royaume pour les ecclésiastiques, tant réguliers que séculiers ; sous peine de trois cent ducats d'amende pour les religieuses cloîtrées et d'une année de prison pour les oblates. »

De nos jours un assez grand nombre de pays se sont occupés de la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose et ont mis celle-ci en pratique. Mais ils diffèrent sur les cas auxquels la mesure est applicable. C'est ainsi que si dans certains pays la déclaration obligatoire est étendue à tous les cas de tuberculose sans distinction, dans d'autres elle est restreinte aux cas se produisant dans quelques milieux où les chances d'infection sont particulièrement nombreuses, et dans d'autres elle est limitée aux décès seulement. En Angleterre la déclaration est volontaire. On verra, quand nous aborderons les discussions qui ont eu lieu en France, que les médecins partisans de la déclaration obligatoire de la tuberculose se sont inspirés, dans les restrictions qu'ils apportent à la mesure qu'ils préconisent, des lois en vigueur de telle ou telle nation de l'Etranger. Nous allons faire une revue des dispositifs légaux établis ou proposés dans les divers pays qui ont adopté la déclaration obligatoire ; et lorsque l'ancien-

neté de leur application le permettra, nous indiquons les résultats obtenus.

Allemagne. — A Berlin (qui a pris l'initiative en Europe) une ordonnance de police du 8 décembre 1890 a prescrit aux médecins de déclarer dans les vingt-quatre heures les cas de tuberculose pulmonaire, laryngée et intestinale qu'ils soignent dans les hôpitaux privés, les hôtels, les pensionnats, chambres garnies, etc., ou qu'ils prennent en traitement sortant des dits établissements. La désinfection est obligatoire dans tous les cas de maladie ou de décès qui y surviennent (il est probable que ce règlement n'a pas été fort bien observé, car il a dû être rappelé à l'attention du corps médical par un avis daté du 20 juin 1901).

En 1906, le préfet de police Von Glasenapp a fait paraître l'arrêté suivant :

1° Pour les cas de mort par tuberculose pulmonaire ou laryngée la déclaration obligatoire doit être introduite d'une façon générale ;

2° Pour les cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée ouverte l'introduction de la déclaration obligatoire est à recommander : *a)* dans le cas où une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou laryngée change de domicile ; *b)* dans le cas où un semblable malade constitue, en ce qui concerne les conditions du logement, un grand danger pour son entourage ;

3° La déclaration devra être faite : *a)* par le médecin appelé ou, à son défaut, *b)* par le maître de mai-

son ; c) par n'importe quelle personne occupée au soin du malade ; d) par le propriétaire de la maison dans laquelle la maladie ou la mort se produit ; e) par la personne qui fait la visite des morts :

4° Une fois la déclaration faite, il sera bon comme mesure sanitaire d'accomplir la désinfection des objets et pièces que l'on peut supposer avoir reçu les germes infectieux. Si on ne peut faire la désinfection ou si elle est trop coûteuse, la destruction des objets contaminés pourra être ordonnée. Il faudra donc tendre à faire accepter par les communes les frais de la désinfection officiellement prescrite ;

5° Il est en outre à recommander comme mesure sociale, après l'accomplissement de la déclaration, de prendre soin du malade et de sa famille comme il faudra s'efforcer aussi de soumettre à l'examen du médecin les autres membres de la famille. Cette assistance du malade et des siens incombera surtout aux dispensaires ou bureaux d'assistance et de renseignements qui méritent d'être encouragés et soutenus dans tous les sens ;

6° Tant que la déclaration obligatoire n'aura pas été introduite et qu'il n'existera que la déclaration volontaire, il faudra encourager cette dernière de toutes les façons. L'introduction générale de la déclaration obligatoire sera facilitée si l'on s'efforce sans relâche d'instruire et d'éduquer la population au point de vue hygiénique. »

A propos de l'assistance du malade, il faut savoir

que depuis septembre 1904 les bureaux d'assistance de Berlin s'efforcent de rendre les malades aussi peu dangereux que possible, en dirigeant un grand nombre de tuberculeux sur les sanatoriums, mais surtout par l'assainissement de la famille du tuberculeux dans le logement même, et en essayant par des secours de rétablir l'équilibre économique du ménage du tuberculeux. Quant aux enfants ils sont envoyés aux sanatoriums et hôpitaux maritimes où, dit Kayserling, on obtient des résultats merveilleux. Les fonctions de visiteurs sont remplies par des sœurs.

District de Dusseldorf (Ordonnance du 25 mars 1891). — Mêmes dispositions que dans l'ordonnance de Berlin de 1890.

District de Wiesbaden (3 juin 1899). — Déclaration des décès et des cas de maladie exposant à la contagion.

Grand-duché de Bade. — L'arrêté du 10 mars 1899 prescrivait la déclaration des décès par tuberculose. L'ordonnance du 30 janvier 1902 étend la mesure aux cas de maladie. Cet arrêté prescrit aux médecins de signaler aux autorités de district les changements de logement de leurs patients tuberculeux de même que les cas où les mauvaises conditions du logement constituent un danger imminent pour l'entourage du malade et les cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée survenant dans les écoles. Relativement à l'efficacité de ces décrets, voici les chiffres donnés par le docteur Battlehner de Carlsruhe

en 1905. En comparaison avec les chiffres des décès, les déclarations donnent les proportions suivantes : En 1902 : 13,5 0/0 ; en 1903 : 18,2 0/0 ; en 1904 : 17,7 0/0. En général, la désinfection ne manque pas d'être exécutée après les cas de décès ou le transport des malades à l'hôpital, mais il est difficile de l'accomplir dans les cas de changement de logement, les propriétaires et les locataires s'y opposant, les premiers par la raison que cela jetterait le discrédit sur leurs logements à louer, les seconds par crainte de ne pas trouver de logement si leur cas était connu. En conclusion, toutefois, Battlehner dit que la pratique de la désinfection a souvent amené à tenir propres des logements autrefois très sales, que l'exécution des décrets a déjà tari maints foyers de contagion et de diffusion de la tuberculose.

Duché de Saxe. — La Saxe est le premier parmi les Etats de l'empire allemand qui a appliqué la déclaration obligatoire de la tuberculose au moyen de dispositifs légaux. Elle existe en Saxe depuis 1890 (ordonnance du ministère saxon de l'intérieur). Obligation aux femmes qui habillent les morts de faire une déclaration écrite de chaque cas de mort survenu par suite de tuberculose pulmonaire ou laryngée. Obligation aux médecins de déclarer les malades tuberculeux qui changent de logements et ceux qui, à cause des circonstances, sont un grand danger pour leur entourage. Obligation de déclarer dans les trois jours les cas de maladies de nature tuberculeuse survenant dans les cliniques privées, pensions,

hôtels, etc., aux autorités policières locales auxquelles il incombe d'ordonner la désinfection. L'efficacité de la déclaration obligatoire en Saxe, dit le docteur Renk, ne peut pas encore être déterminée exactement. La déclaration de mort répond à la réalité ; pour celle de maladie, on constate dans maints endroits une répugnance de la part du médecin ; quant aux tuberculeux ils ne se sont pas plaints de la mesure.

Trèves. — Mêmes dispositions qu'en Saxe.

Prusse. — En 1900, le gouvernement prussien a présenté à la diète prussienne un projet de loi sur la déclaration de la tuberculose. Le paragraphe 1 porte que tout décès causé par la tuberculose pulmonaire ou laryngée doit être déclaré, de même que la maladie dans les cas où un malade souffrant de tuberculose avancée, pulmonaire ou laryngée, change d'habitation. Les personnes tenues à faire la déclaration sont les mêmes que celles indiquées dans l'arrêt de 1906 du préfet de police de Berlin qui a suivi l'ordre d'énumération du projet prussien. On remarquera que le projet prussien se borne pour les cas de maladie aux seuls changements de domicile, quand la tuberculose est avancée. Il ne concerne pas les cas de maladie où les conditions de vie matérielle du tuberculeux font craindre un danger pour l'entourage, comme dans certains duchés d'Allemagne. « Etant données les conditions spéciales à la tuberculose, son caractère chronique, et en particulier son étendue, il est tout particulièrement désirable que

les moyens officiels de lutte ne soient introduits qu'avec une modération et un soin tout spéciaux.

District d'Arnsberg (Prusse). — Ordonnance du 24 mars 1898 : la déclaration des décès par tuberculose pulmonaire est obligatoire.

Autriche (Arrêté du 12 mai 1903 pris conformément à la loi du 30 avril 1870). — Les prescriptions sont identiques à celles de Saxe, du grand-duché de Bade. D'autre part il est stipulé : Toutes les communes doivent posséder des installations de désinfection. On procédera à l'inspection périodique des logements mis par les entrepreneurs à la disposition de leurs ouvriers, des habitations collectives, des auberges et cabarets servant de logements, des maisons suspectes⁶ au point de vue sanitaire. L'inspection doit être faite au moins une fois par an.

Argentine (République). — Une ordonnance de 1887 rendait obligatoire pour les médecins la déclaration des maladies contagieuses. La tuberculose pulmonaire fut inscrite parmi ces maladies en 1893. Puis en 1902, afin de sauvegarder le secret médical, l'obligation de la déclaration incombait, en vertu d'un arrêté municipal, à toute personne, propriétaire ou locataire principal de la maison, vingt-quatre heures après la visite du médecin ; même déclaration en cas de décès ou de translation du malade. Cette mesure ne donna pas de résultats dans la pratique, et le bureau de prophylaxie et de désinfection de l'Administration sanitaire ne put jamais intervenir pour la désinfection des locaux que dans quelques

cas très restreints de changement de domicile, déclarés d'ailleurs presque toujours par les dispensaires antituberculeux de la Ligue argentine. Ainsi en 1903, il y eut 67 déclarations pour 1689 décès. Aussi la Ligue argentine a-t-elle adressé en 1905 au ministre un document lui exposant la situation et demandant à revenir à l'ancien système, c'est-à-dire à la déclaration obligatoire de la part du médecin traitant des cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée ouverte. Notons en passant que l'arrêté municipal de 1902 prescrivait (art. 6) la défense de cracher dans les endroits que l'homme fréquente ou habite : ateliers, écoles, églises, etc..., toute infraction étant punie d'une amende de deux piastres : or, dans son rapport, le docteur Emilio Coni dit que la Ligue argentine ne connaît pas de cas où l'amende ait été appliquée, l'article 6 recevant une exacte exécution.

Brésil. — A) Saint-Paul. — Depuis 1904 le médecin traitant est forcé de porter à la connaissance du département d'hygiène les cas de décès de tuberculose et les faits de tuberculose ouverte se trouvant dans les conditions suivantes : a) lorsqu'ils résideront dans une habitation collective ; b) lorsqu'ils travailleront dans les fabriques, ateliers ou établissements analogues ; c) lorsqu'ils seront employés dans tous les établissements où se manipulent des substances alimentaires, et dans les collèges ; d) lorsqu'ils seront employés comme nourrices, domestiques, maîtres d'hôtel ou cuisiniers. D'autre part l'usage des crachoirs hygiéniques est obligatoire

dans tous les établissements de commerce, les hôtels, cafés, collèges, théâtres, établissements publics, églises, gares, etc...

B) Rio-de-Janeiro. — Décret législatif du 5 janvier 1904 (art. 220). Déclaration obligatoire de tous les cas de décès et des cas de tuberculose ouverte (quand il y aura élimination de bacilles spécifiques, dit le règlement) se trouvant dans les conditions suivantes : *a) b) c) d)* comme ci-dessus : *e)* quand ils changeront de domicile. Le législateur brésilien a trouvé qu'on devrait limiter la déclaration obligatoire aux obligations collectives où le danger de transmission est plus grand, étant donné que les gens aisés sont à même de se protéger et les leurs et par la connaissance qu'ils ont du danger et par les conseils de leur médecin.

C) Bahia. — Mêmes prescriptions qu'à Saint-Paul.

Bulgarie. — En 1902 (novembre) la société des médecins de Bulgarie a voté différentes résolutions concernant la lutte contre la tuberculose, notamment la déclaration obligatoire de tous les décès tuberculeux, désinfection du domicile et des vêtements du mort. Le gouvernement n'a pas répondu à cet appel.

Danemark. — En novembre 1904 le gouvernement danois a présenté au Folketing un projet de loi pour la lutte contre la tuberculose. Les prescriptions y sont identiques à celles de la Saxe. De plus il prescrit : au maître d'un établissement d'instruction de déclarer tout enfant qu'il saura être tuberculeux ; aux candidats aux postes de maître, dans les établisse-

ments d'instruction dépendant de l'Etat, d'attester par certificat médical qu'ils ne sont pas affectés de tuberculose pulmonaire ou laryngée ; tout maître congédié pour l'une de ces tuberculoses recevra une pension égale aux $\frac{2}{3}$ du traitement qu'il avait au moment de la mise à la retraite ; des amendes ou de la prison à qui enfreint la loi. Un autre projet de loi, qui complète celui-ci et justifie les mesures incluses, concerne la contribution de l'Etat à l'œuvre des hôpitaux pour tuberculeux et au traitement des malades dans ces hôpitaux.

Espagne. — Arrêté royal du 31 octobre 1901. Déclaration obligatoire de la tuberculose pulmonaire.

Etats-Unis. — Le règlement du 16 février 1898, à New-York, fait un devoir de notifier par écrit au bureau sanitaire le nom et le domicile de toute personne atteinte de tuberculose pulmonaire (quelle qu'en soit la forme) au médecin, aux membres des commissions, ou administrateurs, directeurs des établissements publics ou privés ou polycliniques. D'autres villes sont sur le point de suivre l'exemple donné par New-York.

Grande-Bretagne. — L'autorité centrale (Local government Board), en Angleterre, a refusé jusqu'à présent son consentement en ce qui concerne l'extension de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Seule, la municipalité de Sheffield a obtenu du Parlement la base légale pour établir la déclaration obligatoire. Les autres villes ont tourné la difficulté

en établissant la déclaration volontaire, c'est-à-dire la déclaration faite par les médecins avec le consentement de leurs patients. C'est, en somme, notre déclaration facultative. Brighton fut la première ville d'Angleterre qui établit la déclaration des cas de tuberculose (janvier 1899), puis Manchester (septembre 1899), puis Sheffield (décembre 1899). Actuellement une trentaine de districts environ ont adopté la déclaration volontaire. Au début, seuls les hôpitaux et sanatoria furent priés de faire la déclaration, afin de se rendre compte si la pratique de ce système devait se heurter à des difficultés insurmontables et acquérir de l'expérience.

L'essai ayant donné toute satisfaction, on préconisa la généralisation de la mesure.

Le médecin ne déclare donc les cas de tuberculose qu'avec l'assentiment de l'intéressé, il sert d'intermédiaire entre l'autorité sanitaire, le malade et la famille.

C'est lui qui se charge de transmettre à ceux-ci les instructions précises qu'il est de leur devoir d'observer ; c'est encore lui qui, en cas de décès, assure la désinfection. C'est ainsi qu'on évite l'ingérence administrative directe que l'Anglais supporterait difficilement, ainsi que le disait le docteur Héron à la Conférence du Bureau international en 1903 à Paris. Toutefois, le comité d'hygiène publique se met en rapport avec le malade : il envoie, en effet, un assistant du bureau se renseigner dès le lendemain de la déclaration, sur les conditions de vie et de logement

du malade, puis lui envoie gratuitement un crachoir. D'autre part, un inspecteur de santé fait une visite mensuelle ou trimestrielle suivant les cas, afin de se rendre compte, dans l'intérêt du patient, si les mesures préventives sont convenablement observées. A la visite d'enquête succède la désinfection. On y procède avec plus ou moins de rigueur selon les conditions du milieu et après avoir obtenu l'autorisation du propriétaire. D'après le docteur Niven, directeur du comité d'hygiène publique de Manchester, la désinfection ne rencontre aucune difficulté dans les maisons particulières, les intéressés au contraire en supportent volontiers les désagréments à cause du nettoyage de la maison qui y est joint. Les inspections mensuelles ou trimestrielles ne rencontrent également pas de difficultés, et, d'après le docteur Kayserling, les femmes semblent spécialement aptes à ce rôle d'inspectrices de santé, car il ne s'est jamais élevé de plaintes à propos de leurs visites.

Au Congrès d'hygiène de 1903, Sykes (Londres) a prétendu que la déclaration facultative n'avait pas donné de résultats satisfaisants et qu'il fallait la rendre obligatoire ; cependant, si nous consultons les chiffres de déclarations de la ville de Brighton où la déclaration est volontaire et de la ville de Sheffield où elle est obligatoire, nous constatons que ces chiffres sont sensiblement égaux : en 1904, sur 100.000 habitants, il y eut 281 déclarations à Sheffield, et 286 à Brighton : il faut, il est vrai, constater qu'à Brighton, suivant ce que dit le docteur E.-J. Molson, la

perspective d'être admis au sanatorium est un puissant stimulant à l'accomplissement de la déclaration volontaire. Un cinquième seulement des déclarations provient de la clientèle privée des médecins. Ajoutons, enfin, qu'en Angleterre le médecin reçoit, pour chaque déclaration, une rétribution variable suivant les cas. D'après les expériences actuelles, dit le docteur Kayserling dans un récent article, la déclaration volontaire pratiquée en Angleterre est un moyen extraordinairement efficace de prophylaxie antituberculeuse.

Ecosse. — Dans une circulaire adressée récemment aux employés de l'office de santé écossais, le « Local Government Board » (Ecosse) attire l'attention de ce personnel sur les prescriptions légales capables de s'appliquer à la lutte contre la tuberculose. Les points traités en détails sont les suivants : 1^o Déclaration obligatoire ; 2^o désinfection ; 3^o isolement et traitement.

Italie. — Règlement sanitaire du 3 février 1901 pris en vertu de la loi du 22 décembre 1888. Déclaration des cas de tuberculose dans les hospices, prisons, écoles, laiteries, vacheries, hôpitaux, etc..., et dans quelque lieu que ce soit, en cas de décès ou de changement de domicile.

Norvège. — La loi sur la déclaration obligatoire, promulguée le 8 mai 1900 est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1901. Sont soumis à la déclaration tous les cas de tuberculose dans lesquels se produisent des excrétiions et sécrétions malades qui peuvent

être considérées comme dangereuses au point de vue des chances de transmission. Aussi le nombre des déclarations est-il inférieur à celui des cas de tuberculose. Il faut également ajouter que beaucoup de cas sont déclarés trop tard. Suivant Holmboë, la déclaration et la désinfection ne rencontrent pas à l'heure actuelle de sérieuses résistances grâce à l'éducation du peuple en la matière. Dans les cas de mort ou de changement de domicile, la désinfection est fréquemment demandée par les propriétaires eux-mêmes. Ici et là une peur exagérée de la contagion s'est même fait jour. Ce n'est que dans des cas assez rares qu'il a fallu conduire les malades à l'hôpital contre leur volonté, ou leur interdire certaines professions (nourrices, bonnes d'enfants, commerce de comestibles, etc...). Dans le court espace de temps depuis 1901, il n'est guère possible de constater l'influence de la loi. Toutefois la mortalité par tuberculose pulmonaire qui était pour 0/0, de 2,64 de 1872-1880, de 2,67 de 1881-1890, de 2,73 de 1891-1900, accuse de 1901-1904 une diminution : 2,36. Le docteur Dewez dit même que, d'après les statistiques du service médical de Christiania, la notification accompagnée des mesures hygiéniques et suivie de désinfection a diminué de 15 0/0 le nombre de décès par tuberculose. Quel qu'en soit exactement le chiffre, si cette diminution persévère, on sera en droit de voir en elle un effet de la déclaration.

Portugal. — Arrêté royal du 30 août 1902. — Déclaration de tout cas de tuberculose ouverte, de

tout cas de tuberculose pulmonaire (quel qu'en soit le siège). Désinfection obligatoire en cas de tuberculose ouverte et toujours en cas de tuberculose pulmonaire si le malade change de domicile ou après décès.

Queensland. — Loi sanitaire du 20 novembre 1901. Déclaration des décès par tuberculose.

Roumanie. — La Roumanie est le pays d'Europe où la proportion de décès par tuberculose est la plus grande. Le docteur Mitulescu de Bucarest a proposé le 1^{er} février 1905 à l'assemblée générale de la Société de prophylaxie contre la tuberculose de Roumanie, de demander à l'Etat la déclaration obligatoire de la tuberculose. Ce vœu n'a pas donné de résultats à l'heure actuelle.

Suisse. — Dans le canton des Grisons (loi du 16 novembre 1902). — Déclaration des décès par tuberculose. Comme conséquence : désinfection du logement, meubles et objets dont se servait le malade. En 1904, plusieurs cantons, notamment ceux de Berne et Neuchâtel étaient occupés à la préparation des lois semblables à celles du canton des Grisons. Notons qu'à Davos il est interdit aux tuberculeux de cracher par terre dans les rues, sur les trottoirs, sur les allées pour les piétons ou la neige ; l'infraction à la loi est punie d'une amende pouvant aller jusqu'à 50 francs dans chaque cas (art. 4 et 5 loi du 1^{er} janvier 1903, modifiées ainsi en 1905).

En résumé, c'est au Portugal que les mesures les plus rigoureuses ont été prises : déclaration (mala-

die et décès) de tous les cas de tuberculose ouverte (quel qu'en soit le siège) et de tous les cas de tuberculose pulmonaire (quel qu'en soit le degré). En Norvège, déclaration de tous les cas de tuberculose ouverte sans distinction. Mais en général on ne s'est préoccupé que de la tuberculose pulmonaire ou laryngée : déclaration de tous les cas de tuberculose pulmonaire en Espagne, New-York, République Argentine, Francfort-sur-Mein, Sheffield ; déclaration limitée aux cas de tuberculose pulmonaire survenant dans certaines conditions, en Saxe, grand-duché de Bade, Trèves, Italie, etc. ; déclaration limitée aux décès : districts d'Arnsberg, Suisse, Queensland.

Si nous avons insisté sur la déclaration volontaire en vigueur en Angleterre, c'est qu'elle n'est autre chose que notre déclaration facultative et que les résultats obtenus témoignent de ceux qui pourraient être atteints en France avec le dispositif légal actuel, si notre service sanitaire et nos services d'assistance étaient identiques à ceux de nos voisins, et si l'éducation du public le permettait ; car il est très douteux, en l'état actuel, que le public français se prête de bonne grâce aux désinfections périodiques : l'échec de l'essai récent fait par le service municipal de désinfection est là pour le prouver.

CHAPITRE III

La déclaration en France

En France, le nombre de décès annuels par tuberculose est d'environ cent cinquante mille ; ce chiffre reste stationnaire depuis un très grand nombre d'années, comme l'indiquent les récentes statistiques de Bertillon. On s'est efforcé de lutter contre cette mortalité formidable par la construction de sanatoriums, de dispensaires, la formation de ligues, et par l'éducation populaire sur les dangers de la contagion, au moyen de brochures, conférences, etc... Cependant certains hygiénistes ont pensé que mieux vaut prévenir que guérir ; que le véritable remède consiste dans la destruction des foyers de contagion et que, seule, la déclaration obligatoire de la tuberculose permettra d'arrêter ce fléau. L'exemple donné par certains pays leur semble utile à suivre. Nous n'exposons pas les avantages de la déclaration, qui se résument grosso modo en la destruction des foyers de contagion ; ils sont suffisamment développés, ainsi que les diverses modalités de la déclara-

ration, dans les exemples puisés dans la législation étrangère. Le congrès de la tuberculose en 1905, la conférence de La Haye en 1906 ont adopté des vœux préconisant « la généralisation de la déclaration obligatoire des cas de décès par tuberculose et des cas de tuberculose transmissible ». Mais si cette mesure a pu être introduite chez des nations voisines, elle a toujours trouvé des adversaires irréductibles dans la grande majorité des médecins français. Déjà, lorsque le Comité consultatif d'hygiène et l'Académie de médecine durent établir la liste des maladies auxquelles sont applicables, en vertu de l'article 4, les dispositions de la loi de 1902, ces deux Assemblées refusèrent, après les rapports de Thoinot et Josias, d'inscrire la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire. La récente discussion à l'Académie de médecine semble prouver, tout au moins, que la question est complexe et offre plusieurs solutions. Et d'ailleurs, quel que soit l'avis de ces deux Assemblées, à qui l'article 4 donne plein pouvoir, on ne pourra rien faire d'utile, dit Pinard, si l'on n'a avec soi le corps médical tout entier. Or ce corps médical paraît réfractaire à la solution proposée. Les raisons qu'il en donne sont nombreuses, et sa résistance est justifiée non par la quantité, mais par la valeur des arguments : en tout cas, la justesse incontestée de certains d'entre eux prouve que la question est tout au moins prématurée.

Contre la déclaration des maladies transmissibles inscrites d'après l'article 4, de nombreux médecins

ont invoqué le principe du secret professionnel, que l'on peut opposer, justement, au secret également respectable du prêtre ou de l'avocat. L'objection du secret professionnel, en matière de tuberculose, reste entière et prend même une importance spéciale par la nature de la maladie, l'opinion du public à son égard et, par suite, les conséquences nuisibles que la déclaration aurait pour le malade. En 1881, Brouardel disait : « Nous ne proposerions pas d'inscrire la phtisie dans la liste des maladies pour lesquelles la déclaration serait obligatoire parce que nous nous heurtons partout aux éléments constitutifs du secret professionnel. Elle se développe dans les familles héréditairement prédisposées. Dévoiler l'existence de la phtisie chez un des membres de ces familles, c'est révéler un fait qui peut nuire à tous ses membres. Dire qu'une personne est atteinte de phtisie, c'est, au point de vue des opinions régnant actuellement dans le monde, porter un préjudice grave susceptible d'arrêter dans son cours régulier l'avenir de cette personne ». Cette opinion, que Brouardel modifia dans la suite, reste celle d'un grand nombre de praticiens. Et bien que Josias ait dit, dans son rapport, que l'obligation morale de garder le secret professionnel est primée par l'obligation légale de faire la déclaration, la conscience peut parler plus haut que la loi ; le secret médical, dit Huchard, est la propriété du médecin, aucune loi humaine ne peut ni ne doit le dégager, aussi bien pour la tuberculose que pour la syphilis ; la loi

du silence, dit Brouardel, s'applique surtout aux maladies vénériennes et à celles qui sont dites héréditaires. En admettant donc que si pour certaines maladies épidémiques, le médecin serait mal venu de ne pas obéir aux prescriptions de la loi, il n'en est plus de même pour la tuberculose, maladie chronique, réputée héréditaire, et qui a toujours été considérée par le médecin comme le type des maladies imposant le secret professionnel. C'est l'argument derrière lequel se sont retranchés parfois en Autriche les médecins auxquels on a réclamé la notification des maladies transmissibles aiguës. Et nous avons vu que dans la République Argentine, afin de sauvegarder le secret médical, on avait déchargé le médecin de l'obligation de faire la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire pour l'imposer au propriétaire ou locataire principal de la maison où demeure le malade. Et d'autre part, pourquoi respecter le secret médical dans les cas de grossesse et d'infection puerpérale et n'en pas tenir compte quand il s'agit de la tuberculose qui, au point de vue social, constitue souvent une tare aussi certaine ?

Le médecin sera d'ailleurs d'autant mieux disposé à se retrancher derrière le secret professionnel que les familles mettraient une opposition formelle à la déclaration. Il faudrait pour que celles-ci ne puissent s'en formaliser qu'elles soient convaincues de l'incontestable et seule efficacité de la désinfection, ce qui n'est pas l'avis unanime du corps médical fran-

çais. Et la notion d'hérédité aidant, la mesure nuirait non seulement aux tuberculeux, mais aux membres de sa famille ; car cette notion d'hérédité, nous l'avons vu, si elle a perdu beaucoup de sa valeur et se borne à une hérédité de prédisposition, n'est pas abandonnée complètement par les médecins ; l'interrogatoire spécial subi à l'hôpital par le tuberculeux la perpétue d'ailleurs dans l'esprit du public, car celui-ci donne aux questions du médecin une interprétation conforme aux idées anciennement transmises. D'autre part, la lutte antituberculeuse a développé la crainte de la contagion et Holmboë nous a dit qu'en Norvège, par la désinfection périodique, elle s'était montrée parfois exagérée. La conséquence funeste est l'exclusion progressive du tuberculeux hors de la société moderne. C'est, du reste, la solution proposée par certains médecins contre la tuberculose ; le référendum de M. Helme en 1904 est instructif à cet égard. Ils proposent de considérer le tuberculeux comme un pestiféré et d'agir contre lui en conséquence : solution inhumaine et d'une autre époque. Le tuberculeux est déjà suffisamment considéré comme redoutable sans le dénoncer à l'attention publique : « Il n'ignore pas, hélas ! disait récemment Léon Petit, commissaire général du Congrès de la tuberculose, qu'en notre temps de panique, la tuberculose est devenue une tare indélébile, aussi ne l'avoue-t-il que lorsqu'il ne peut plus la dissimuler. Le sanatorium, c'est l'aveu public et définitif devant lequel malades, médecins et familles reculeront tou-

jours jusqu'à la dernière extrémité, car le mal ainsi dévoilé, même quand il pardonne, brise à jamais la vie de ceux qu'il a touchés. » Or, la déclaration ne serait-elle pas, plus encore que le sanatorium, l'aveu public et définitif ? Pour ces raisons, les sociologues sont également hostiles à la déclaration obligatoire : il suffit, pour s'en convaincre, de lire les remarquables articles que Lucien Descaves écrit dans un *grand quotidien* lors de la dernière discussion de l'Académie de médecine sur cette question. Dans le même ordre d'idées, Rénon — un partisan de la déclaration — nous dit en un tableau exagéré : « Nous voyons déjà, et nous verrons rapidement le tuberculeux chassé de partout, comme un objet d'épouvante. Nous verrons le tuberculeux sans travail, sans pain, sans gîte, sans asile, voué à la misère noire, au mépris, forcé peut-être d'agiter des « cliquettes », ou des « tartavelles » comme le lépreux du moyen âge, pour faire le vide devant lui. » Ce qui est exact, c'est que la déclaration ajouterait aux vicissitudes du tuberculeux : l'expérience tentée par le service municipal de la désinfection il y a quelques années nous a montré l'écueil inévitable : les tuberculeux ainsi désignés ne tardaient pas à être considérés comme des pestiférés : ils sont mis en quelque sorte au ban de la société, dit Josias dans son rapport de 1903, ils ne peuvent plus se loger quand on voit arriver chez eux toutes les semaines le service de désinfection.

Il en résulte que la déclaration obligatoire de la

tuberculose mettrait le médecin dans une pénible situation vis-à-vis de ses malades. La famille, dans l'intérêt du patient et son propre intérêt, s'informera, avant d'appeler le médecin, si celui-ci se soumet à la rigueur de la loi ou « s'il n'obéit qu'à sa conscience médicale qui, par le secret professionnel, aide à l'élever au-dessus des autres hommes ». Il pourrait sembler qu'en établissant une règle commune pour tous les malades et pour toutes les classes de la société, en soumettant le corps médical tout entier à la même condition, le médecin fidèle à la loi serait à l'abri de l'accusation de pédanterie et de rigorisme. Mais une certaine classe de la société, par les précautions de désinfection et d'isolement qu'elle prend d'elle-même à l'instigation du médecin, semble devoir échapper à la déclaration : en effet, en quoi celle-ci serait-elle en ces cas, profitable à la société ? Elle serait, uniquement, préjudiciable au malade et à sa famille. Le médecin se refusera toujours, pour cela, à obéir à la loi. La législation étrangère s'est d'ailleurs, inspirée fortement de ces idées ; et dans le plus grand nombre de pays, seuls sont à déclarer les cas où les mauvaises conditions du logement constituent un danger imminent pour l'entourage du malade et les cas où des personnes saines doivent travailler à côté de personnes atteintes. Cette restriction est, en principe, très juste. Mais outre qu'« elle laisserait une grande latitude aux façon de voir subjectives de chaque médecin en particulier, elle éveillerait le mécontentement par le fait

que la classe ouvrière et la partie pauvre de la population est ainsi placée dans une situation d'exception ». Or, une loi d'ordre général dont les prescriptions ne seraient pas applicables à toutes les classes de la société, ne peut être votée en France où le principe d'égalité devant la loi doit être respecté.

Il n'en reste pas moins établi pourtant que c'est dans la classe ouvrière que la tuberculose cause les plus grands ravages. Méfaits de la transmission interhumaine, disent les uns. Nous n'y contredisons point, disent les autres ; mais il faut convenir que d'autres facteurs sont à considérer, et qu'il reste une infinité de faits justiciables d'une interprétation différente. On cite des logements qui comptent une série ininterrompue de victimes ; mais aurait-on désinfecté et redésinfecté ces bouges, que de sujets valides ils auraient fait des tuberculeux. La graine ne serait point dangereuse, si le terrain ne la fertilisait pas. Le devoir principal de l'hygiéniste est de rendre le terrain réfractaire à l'éclosion : il faut s'attaquer aux habitations insalubres, à l'alcoolisme, à la misère.

Tout récemment encore, Brouardel écrivait que le logement insalubre étant le plus puissant facteur de la propagation de la tuberculose, c'est lui qu'il faut tout d'abord viser. Kelsch a insisté, à l'Académie de médecine, sur l'utilité primordiale de la suppression ou du moins de l'amélioration des habitats maudits. Toutes les statistiques montrent que les tuberculeux sont surtout nombreux dans les

milieux encombrés, où l'air et la lumière pénètrent insuffisamment. Pour 10.000 habitants, la mortalité annuelle par tuberculose est de 10 dans le quartier des Champs-Élysées, elle est de 104 dans le quartier de Plaisance. Significatives à cet égard sont les conclusions de Juillerat dans le Casier sanitaire des maisons : « 1° La fréquence des décès tuberculeux est proportionnelle à la hauteur des maisons et elle est sous la dépendance directe des espaces libres qui les entourent ; 2° la tuberculose est plus fréquente dans les étages inférieurs que dans les étages supérieurs des maisons, et c'est ainsi qu'elle est la maladie de l'obscurité ».

D'après Bertillon, à Paris un tiers de la population vit dans des logements surpeuplés, où le cube d'air respirable par personne est insuffisant ; 32.000 maisons ont été reconnues insalubres. L'article 11 de la loi de 1902 permettra de remédier dorénavant à cet état des choses ; mais il reste à obvier aux inconvénients provenant des maisons construites auparavant et sur lesquelles portent les statistiques. Cela est possible par application de l'article 18.

La très récente décision du conseil municipal de Paris qui veut détruire 5.000 maisons insalubres est intéressante à noter. L'exemple de l'Angleterre doit l'y encourager : par la seule puissance de l'assainissement, surtout par le désencombrement des logements, cette nation a fait baisser de plus de 40 0/0 la mortalité par la phtisie. Il est vrai qu'en vertu de la loi le Local Government Board a pu

ordonner la démolition de tout un quartier de Liverpool. Désinfecter, sans améliorer les habitats maudits, c'est une mesure sans profit, c'est, dit Kelsch, se condamner à rouler un nouveau rocher de Sisyphe. L'assainissement des milieux où vivent les citoyens peuvent donc paraître d'ordre supérieur à la destruction des germes : le dernier mot de l'hygiène publique est non pas désinfection, mais salubrité.

On ne peut guère séparer la question de l'alcoolisme de celle du logement insalubre ; celui-ci appelle celui-là ; on en a vulgarisé l'idée par l'image dans les écoles. Il est un grand facteur de tuberculose ; l'alcoolisme, dit Landouzy, fait le lit à la tuberculose ; les infirmiers sobres, dit Lanceraux, ne deviennent pas tuberculeux. Les statistiques ne montrent-elles pas que les pays où la tuberculose fait le plus de ravages sont ceux où la consommation de l'alcool est la plus élevée ? Tous les praticiens sont d'accord sur le rôle néfaste de l'alcool envers la phtisie ; et c'est la conclusion qui se dégage du référendum de M. Helme. Si l'Angleterre a diminué sa mortalité par la tuberculose, c'est qu'elle s'est attaquée au logement insalubre et à l'alcoolisme ; et la Suède, un des pays qui compte la moindre mortalité par tuberculose, est celui où les mesures les plus énergiques ont été prises contre l'alcoolisme. C'est contre ce fléau qu'il faut lutter avant tout et nous espérons que les nouveaux groupes de la Chambre et du Sénat, les groupes antialcooliques, poursuivront

vigoureusement leur but ; le groupe du Sénat a émis d'ailleurs il y a un mois à peine deux vœux intéressants transmis au ministre de l'Intérieur. Mais nous ne nous dissimulons pas la difficulté de cette lutte, comme le montre le récent *manifeste* des marchands de vins qu'on a appelés les grands électeurs de France.

Pour beaucoup de praticiens, toute la question de la lutte antituberculeuse réside dans la suppression de ces deux facteurs : elle domine la contagion proprement dite et attribue aux mesures de désinfection un rôle des plus conditionnels. C'est peut-être pour ces raisons, basées sur la pathogénie, que la déclaration obligatoire rencontrera toujours une opposition irréductible parmi les médecins français. D'autre part ce combat comporte, outre la lutte contre l'alcoolisme et le logement insalubre, l'abolition du surmenage à l'atelier, l'organisation de sociétés coopératives et mutualistes, en vue de l'amélioration du bien-être des classes laborieuses ; en un mot, comme le dit Kelsch, « la prophylaxie de la maladie qui fait les brèches les plus larges dans l'espèce humaine, dépasse de beaucoup les bornes du domaine médical, elle s'enchevêtre dans les questions sociales les plus ardues et les plus agitées de notre époque ».

Les médecins, partisans de la déclaration obligatoire de la tuberculose, sont obligés de convenir eux-mêmes que, serait-elle votée immédiatement, elle ne pourrait recevoir son effet que dans un avenir éloigné, car le service de désinfection prévu par la

loi de 1902 n'existe pas ou son action est restreinte. L'Académie de médecine, se référant à son vote du 15 juin 1905, appelait dernièrement l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de faire fonctionner les services de désinfection prévus par la loi. C'est la cause de l'échec de la loi sur la plus grande partie du territoire français : les règlements prévus par l'article 33 ne sont pas promulgués ; l'organisation générale de désinfection ne pourra donc être faite que dans un avenir très lointain. Dès lors l'on peut dire que la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose est prématurée. Ce n'est que lorsque la loi de 1902 sortira son plein effet, que l'on pourra discuter sur l'opportunité d'ajouter la tuberculose à la liste des maladies tombant sous l'article 4. Mais, à ce moment, on objectera, avec raison, qu'il ne s'agira plus seulement de désinfecter les locaux occupés par le malade, aussitôt après son transport en dehors de son domicile, sa guérison ou son décès (art. 64 du règlement sanitaire), mais d'une façon périodique, régulière : mensuellement, comme on le fait en Angleterre, ou même hebdomadairement comme l'aurait voulu Thoinot. A ce compte, 30.000 désinfections seraient nécessaires à Paris chaque semaine : l'énoncé seul du chiffre nous en démontre l'impossibilité. D'ailleurs une objection péremptoire vient de l'échec de la tentative faite, il y a quelques années, par le service municipal de désinfection chez 100 tuberculeux choisis dans cinq quartiers de Paris par les méde-

cins des bureaux de bienfaisance : « Le plus grand obstacle à la pratique de la désinfection, a dit A.- J. Martin, ça été la désignation qui en résultait pour le malade ; il ne tardait pas à être considéré comme un pestiféré et même il est arrivé qu'il a été expulsé de son domicile. Aussi, en fin de compte, les opérations de la désinfection n'ont-elles pu être régulièrement et complètement appliquées que dans un peu plus de la moitié des cas. Il a suffi de quelques voisins ignorants ou mal intentionnés pour faire échouer ces tentatives prophylactiques. » Nous avons vu que dans le grand-duché de Bade, la désinfection était difficilement applicable par suite de l'opposition des propriétaires et des locataires, les premiers par suite du discrédit jeté sur leurs logements à louer, les seconds par crainte de ne pas trouver de logement si leur cas était connu. La désinfection hebdomadaire demanderait donc une organisation parfaite dont la réalisation est douteuse ou tout au moins très éloignée ; elle deviendrait d'autre part une véritable obsession pour le malade, aggraverait sa maladie et ses souffrances, en y ajoutant, dit Josias, la détresse morale, et plus d'une fois le dénûment. Pour nous, nous considérons la question jugée par l'expérience acquise. La désinfection mensuelle ou trimestrielle, comme en Angleterre, peut sembler douteuse comme efficacité. Et A.-J. Martin n'a-t-il pas dit que « même minutieusement appliquée, la désinfection absolue du local occupé par le tuberculeux est difficile, sinon impossible. »

Si les services de désinfection étaient partout organisés et fonctionnaient régulièrement, avant d'inscrire la tuberculose comme maladie à déclaration obligatoire, il faudrait résoudre la question d'assistance aux tuberculeux. Car la lutte contre la tuberculose ne doit pas devenir une lutte contre les tuberculeux. Le professeur Albert Robin a bien montré l'importance de cette question préjudicielle, et il a rapporté à l'Académie des exemples concluants ; la lecture en est édifiante. Citons-en quelques-uns : — Un honnête ouvrier est renvoyé de l'hôtel où il habite, le logeur ayant appris qu'il avait fait un séjour à Angicourt. — Un journalier tuberculeux au second degré, mais encore vigoureux et pouvant travailler, est mis à la porte de la chambre qu'il occupe dans un garni parce que le service sanitaire a fait désinfecter son logement. — Un homme de 27 ans, tuberculeux au second degré, ayant vécu dans sa famille, sort de Beaujon. Ses parents refusent de le recevoir à nouveau chez eux dans la crainte qu'il ne contagionne ses frères. Il en est réduit à coucher à l'asile de nuit et à ouvrir les portières. — Une dame vient à la consultation avec sa femme de chambre à laquelle elle prétend s'intéresser beaucoup. La jeune fille est atteinte de tuberculose fermée. A la sortie, la maîtresse accable la servante d'injures, la traite de « peste qui infecte la maison » et lui défend d'y rentrer. — Un domestique, atteint de tuberculose fermée au premier degré, ne

revient pas au dispensaire, car ses patrons le chasseraient s'ils le savaient. — Les malades sortant d'Angicourt ont déjà adressé deux pétitions à la commission permanente de préservation contre la tuberculose pour demander qu'on s'occupe d'eux, déclarant qu'ils sont marqués d'une tare indélébile, qu'ils ne peuvent trouver de travail nulle part, etc...

Très instructive, également, est la tentative faite à Paris par le professeur Robin. Elle consistait à s'occuper d'un certain nombre d'ouvriers tuberculeux à qui l'on donnerait les soins que nécessitait leur état, après entente avec leurs patrons pour qu'ils touchent à leur rentrée à l'usine la même paye qu'auparavant, quelle que soit la valeur de leur travail. L'échec de cet essai intéressant n'est pas venu des patrons, car ceux-ci, dans un but honorable et humanitaire, avaient donné leur adhésion ; mais il est venu des autres ouvriers. Tant que les malades toussaient et crachaient, sans que fût connu le nom de la maladie, leurs camarades de travail n'y trouvaient point à redire ; sitôt qu'ils furent étiquetés tuberculeux, alors même qu'ils ne crachaient ou ne toussaient plus, les autres ouvriers imposèrent aux patrons leur renvoi des usines. Le résultat fut, on le voit, imprévu et d'un enseignement fertile. Il nous montre combien la déclaration obligatoire, mesure générale, ferait de malheureux. On ne pourra donc l'imposer que le jour où la société aura consenti à faire les sacrifices énormes nécessaires pour guérir la majorité des tuberculeux, où elle pourra ouvrir

des sanatoriums gratuits ou à bon marché, innombrables, pouvant recevoir tous les tuberculeux de France (Josias, Lereboullet), où elle pourra, en un mot, compenser, par des moyens efficaces, le préjudice causé à ces malheureux.

A Brighton, Molson nous a dit que la perspective d'être admis au sanatorium était un puissant stimulant à l'accomplissement de la déclaration volontaire. Il est très naturel et très compréhensible que la déclaration serait considérée comme vexatoire, si elle n'a pas sa contre-partie dans des avantages matériels ; le seul exposé des dangers de la contagion n'apaisera pas le mécontentement du tuberculeux ; à une certaine période de la maladie il est insensible à cet argument ; certains, se sentant perdus, aigris par la souffrance et la vision de leur mort prochaine, crachent partout, sans souci de leur famille et encore moins des personnes qui les entourent. Certains esprits ne sont accessibles qu'à certaines clartés : les masses profondes du peuple seront indifférentes aux instructions théoriques ; elles seront sensibles aux démonstrations concrètes ; seul le soulagement matériel apporté à leur situation entraînera leur adhésion, sinon leur conviction. La déclaration obligatoire ne sera donc possible, au point de vue humanitaire, qu'autant qu'on aura assuré au préalable le sort des tuberculeux et de leur famille : problème difficile et de réalisation extrêmement coûteuse ; mais sa solution est indispensable si l'on veut établir la déclaration obligatoire.

Un dernier point : qui doit faire la déclaration ? La loi répond : le médecin. En 1900, malgré l'avis contraire de Brouardel, commissaire du gouvernement, le Sénat, sur l'intervention de MM. Millières-Lacroix et Viseur, l'imposa au médecin seul. L'Académie de médecine en 1906 a émis le vœu que la déclaration obligatoire pour le médecin le soit encore pour le chef de famille, le logeur, les chefs de collectivité. C'est la méthode suivie dans un grand nombre de pays où la déclaration de la tuberculose est obligatoire. Juste en soi, son efficacité est également contestable.

Tels que nous les avons exposés, on voit les multiples arguments opposés à la déclaration obligatoire. Ils naissent des points de vue divers sous lesquels on peut envisager la question : le secret professionnel, ne relevant que de la conscience médicale ; la lutte contre l'alcoolisme et les habitations insalubres d'ordre supérieur à la lutte contre le microbe, objection tirée de la valeur primordiale accordée à certains facteurs dans la pathogénie de la tuberculose ; l'opposition des familles, à cause de l'aveu public et définitif du mal, nuisible à ses intérêts, à ceux du malade, à la santé morale de ce dernier (d'ailleurs il faut remarquer avec Grancher que la désinfection ne donnera vraiment des fruits que si elle est aidée et complétée par le consentement du malade et de sa famille : la désinfection ne peut être qu'un complément de l'éducation familiale) ; l'insuffisance de nos services de désinfection dont on

ne prévoit que pour un avenir très lointain l'organisation capable de répondre au but qu'on se propose ; l'échec de la tentative faite à Paris ; les inconvénients multiples d'une désinfection périodique dans une maladie chronique, de longue durée ; l'absence, enfin, de toute organisation sociale permettant d'assister le tuberculeux privé, par la désignation qu'entraîne la loi, de tout moyen d'existence. Ce sont là les principales objections faites à la déclaration. Tant que l'opinion publique n'y sera pas préparée, elle sera d'ailleurs inapplicable. La majorité du monde médical français, lui-même, semble lui être opposée. « Quand une loi intervient, dit Brouardel, dans des habitudes journalières, consacrées par de longues traditions, si celui qui doit les appliquer n'en connaît pas les raisons impérieuses, elle n'est pas observée... On peut faire des lois, mais lorsqu'elles touchent aux actes de la vie journalière et personnelle, elles ne sauraient être efficaces et observées que lorsque l'opinion les réclame.

Afin de procéder progressivement et obvier au moins à un des grands dangers de l'infection, on a proposé d'établir d'abord uniquement la désinfection après les décès par tuberculose. A supposer que cette prescription puisse être faite, nous doutons fort qu'il y soit obéi autant qu'il serait désirable ; mais Monod a montré qu'il était inutile d'y songer tant que la tuberculose n'aura pas été inscrite parmi les maladies auxquelles est applicable la loi de 1902, car cette exigence serait contraire à un des princi-

pes fondamentaux de la loi. Son application exigerait donc un texte nouveau voté par les Chambres. On a également proposé, comme mesure transitoire et de préservation, la désinfection aux cas de changements de domicile. Elle tombe sous la même remarque ; nous en avons aussi montré les inconvénients. Au reste, l'Académie de médecine (vœux du 5 juin 1906) est d'avis qu'il faut organiser toute la lutte contre la tuberculose par une loi spéciale ; cette loi devra envisager non seulement la transmissibilité, mais aussi les autres facteurs étiologiques, notamment l'insalubrité des locaux et l'alcoolisme.

Pour la sauvegarde du secret professionnel et de la liberté individuelle, il apparaît que la déclaration obligatoire de la tuberculose ne peut pas et ne doit pas entrer dans la pratique. Si des œuvres d'assistance étaient constituées, si une organisation sociale parfaite était organisée en vue de venir en aide à la famille du tuberculeux et surtout en vue de subvenir aux besoins et de contribuer à la guérison de ce dernier, qui permettent d'établir la désinfection périodique que certains réclament, nous pensons quand même que la déclaration ne devrait pas être obligatoire, mais simplement volontaire, à l'exemple de la Grande-Bretagne : les résultats qu'elle donne semblent au moins égaux à ceux de la déclaration obligatoire, et elle a le mérite de n'être pas vexatoire. A la séance publique du Bureau international de la Tuberculose (Paris, 5 mai 1903), Casimir-Périer prenant la parole au milieu de l'assemblée des médecins, disait qu'il représentait

l'opinion publique, comme le chœur dans le théâtre de la Grèce. En parlant de la lutte antituberculeuse, il exprimait donc l'opinion du public français et nous ne saurions mieux terminer notre travail que par cette citation de son discours : « Parmi les mesures préventives, il en est qui risquent de provoquer dans l'opinion publique un mouvement de panique irréfléchi et dans l'esprit des malades — surtout des malades pauvres — un sentiment de découragement profond, quelquefois de révolte légitime. De quel droit au surplus oserions-nous dénoncer ces malheureux comme un danger public, et exiger d'eux des précautions en notre faveur, si nous ne songions pas à leur offrir, en échange, les soins salutaires d'une assistance rationnelle ? Ce n'est pas par la force, c'est par la douceur que l'hygiène s'impose aux déshérités, car ils ne l'acceptent que si elle se présente à eux sous les traits souriants de la charité compatissante et non sous la forme brutale de l'égoïsme apeuré. »

CONCLUSIONS

1° La pathogénie de la tuberculose n'est pas celle d'une maladie simplement transmissible dont l'étiologie se résume dans la contagion. Le rôle du terrain est d'une grande importance : l'hérédité, la misère, mais surtout l'alcoolisme et l'insalubrité des habitations sont des facteurs étiologiques de grande valeur.

Quelle que soit la voie d'entrée du bacille, la contagion humaine reste le danger redoutable.

2° Un certain nombre de pays ont établi la déclaration obligatoire de la tuberculose. La récente application de cette prescription ne permet pas encore d'en apprécier le bénéfice. Mais la déclaration volontaire, établie en Angleterre, donne autant de résultats que la déclaration obligatoire ; car les tuberculeux ne se soumettent à la déclaration qu'en raison des avantages matériels qui en résultent pour eux.

3° En France, la déclaration de la tuberculose est facultative. Pour établir la déclaration obligatoire deux conditions sont indispensables : *a)* la création sur tout le territoire français d'un service de désinfection qui puisse effectuer toutes les désinfections nécessaires ; *b)* la fondation d'œuvres d'assistance

(sanatoriums, hôpitaux gratuits ou à prix modérés, etc...) permettant de compenser par des avantages matériels le tort porté au tuberculeux et à sa famille.

Ces deux conditions remplies, la déclaration obligatoire se heurte cependant à d'autres objections : secret professionnel, inutilité de la désinfection, importance plus grande de la lutte contre l'alcoolisme et les habitations insalubres, opposition des familles.

La déclaration volontaire n'est pas passible de ces objections. Elle sauvegarde le secret médical et ne porte pas atteinte à la liberté individuelle. Bien comprise, elle est le marchepied de la déclaration obligatoire. Il est permis de rester sceptique sur les résultats qu'elle donnerait en France ; mais la déclaration obligatoire rencontrera longtemps encore une opposition formelle de la part du corps médical et du public français.

Vu : Le Président de la thèse :
ROBIN

Vu : le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL. — La lutte contre la tuberculose.

— Le secret médical.

LANDOUZY. — La tuberculose, maladie sociale.

COSTES (Th.). — Tuberculose et contagion dans la classe ouvrière (Thèse de Paris, 1899).

HUTINEL. — De l'hérédité de la tuberculose. Semaine médicale 1869.

LADEVÈZE. — Comment les familles ouvrières disparaissent par tuberculose (Thèse de Paris, 1901).

ROMME (R.). — La lutte sociale contre la tuberculose.

HELME. — Référendum sur la lutte contre la tuberculose.
Revue moderne de médecine et chirurgie, avril 1904, p. 576, et n° suivant.

STRAUSS (Paul). — La croisade sanitaire.

STRAUSS (G.) et FILLASSIER (A.). — La loi sur la protection de la santé publique.

MONOD (H.). — La santé publique.

ROBIN. — Revue de Paris du 15 juillet 1903.

JOSIAS. — Rapport sur la déclar. méd. des maladies transmissibles. Bulletin Académique de Méd. 13 janvier 1903.

LOUIT (P.). — L'assistance à la famille du tuberculeux en Allemagne (Thèse de Paris, 1903).

RÉNON. — Les maladies populaires.

SERSIRON. — Fédération des œuvres antituberculeuses françaises.

PAPILLON. — Tuberculose et prophylaxie (Thèse de Paris, 1901).

GRANCHER. — Décl. oblig. de la tub. Bulletin Académie Méd. 1900, 20 mars, p. 355.

PUTZEYS. — La décl. obl. de la tub. Revue int. de la tub.
Paris, 1904, III, 884-898.

BARATIER. — La décl. obl. de la tub. Tribune méd. Paris, 1900,
2 s., p. 292-293.

BERTHOD. — La décl. obl. de la tub. Journal de Méd. de
Paris 1901, 2 s., p. 43-44.

LERAY. — La décl. obl. de la tub. Journal de Méd. de Paris, 1901,
2 s., 152-154.

MILLON. — La décl. obl. de la tub. Journal de Méd. de
Paris, 1901, 2 s., 107-110.

— Bulletin des Syndicats Méd. du Nord et du Pas-de-
Calais, Lille, 1906, octobre, n° 22.

ROBERTSON (J.). — Notification of tuberculosis. J. Roy. San.
Inst. London, 1904-1905, XXV, p. 757-772.

ROBERTSON (W.). — Compulsory notification of consumption.
County et Municip. Rec. Glasg. et Edinb. 1903-
1904, II, 46, 61, 73.

NIVENS. — On the notification of phthisis in Manchester. J.
San. Inst. London, 1903-1904, XXIV, 266-287.

TUBERCULOSIS. — Décl. en Angleterre 1903, II, 584 ; 1904,
III, 82, 271 ; 1905, IV, 245 ; 1905, IV, 447.

— Décl. en Allemagne 1903, II, 73-75, 135, 375, 376 ;
1905, IV, 40 et 167 ; 1906, V, 394.

— Décl. en Norvège 1904, p. 70, 324, 507 ; 1905,
IV, 31 ; 1906, V, 285-286.

— Décl. dans les autres pays 1903, I, 8-10 ; 1904,
p. 66 ; 1905, 43, 109, 247, 450, 541.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE de Méd. Paris, 1906, p. 115, 136.
172, 228, 278, 304, 402, 430, 469.

TECHNIQUE

Rien de particulier pour la préparation du malade et pour l'incision. Si l'on a affaire à une fistule stercorale ou pyostercorale, on évitera de souiller la surface opératoire. Le premier temps de l'opération consistera à vider et à curetter la fistule, à la tamponner, à l'obturer hermétiquement avec un carré de gaze et du stérésol ; le tout est fait par un aide spécial. En savonnant et brossant la peau, on ne touchera pas au pansement de la fistule.

L'incision doit siéger loin de la lésion à atteindre. Si la lésion est fistuleuse, on évitera ainsi la contamination de la plaie, soit pendant l'opération, soit plus tard, lorsque la fistule aura été débouchée. Si la lésion n'est pas fistuleuse, on a encore intérêt à ne pas aller directement sur elle : on risque d'entrer d'emblée dans un cæcum adhérent, ou de tomber sur un paquet d'anses intestinales agglutinées, fusionnées, au milieu desquelles il est fort difficile de se reconnaître. La libération des anses est délicate et dangereuse. Les opérations ainsi conduites sont souvent négatives, et parfois suivies de fistules stercorales.

Il vaut mieux, d'emblée, avoir recours à la large laparotomie médiane, qui permet une exploration complète des lésions, et une orientation beaucoup plus facile et plus féconde.

Cette orientation est absolument nécessaire avant de

passer à la création de l'anastomose, si l'on ne veut pas s'exposer à des méprises fâcheuses.

Lorsque l'on a déterminé les deux endroits de l'intestin à anastomoser, on les sort du ventre ; on protège la cavité péritonéale en les isolant complètement par des champs et de larges compresses.

Aussi doit-on toujours prendre les anses intestinales assez loin de la lésion pour qu'elles soient facilement mobilisables. Il faut aussi s'éloigner le plus possible des lésions pour que l'anastomose soit pratiquée, d'une façon sûre, en tissu sain. En tissu malade, les aiguilles déchirent ; les fils coupent ; l'intestin est saignant et friable ; le surjet est irrégulier, peu solide ; l'accolement est mauvais, la cicatrisation défectueuse : on est exposé aux fistules stercorales.

Ce n'est pas tout. En s'éloignant des lésions, on ménage le champ opératoire pour une extirpation ultérieure qui est rendue plus difficile par les adhérences multiples créées par des interventions antérieures.

Le lieu de l'anastomose est choisi. Au-dessus et au-dessous, des pinces longues et souples à mors engainés dans un tube en caoutchouc assurent la coprostase.

On place côte à côte les deux anses à anastomoser, leurs bords mésentériques se touchant. Une pince de Kocher saisit superficiellement et fixe l'une des deux anses, tout près du bord adhérent, à la limite externe de la future anastomose. Une autre pince est placée tout contre, sur l'autre anse. Ces deux pinces limitent l'extrémité externe du surjet séro-séreux postérieur.

A partir de ces pinces, on mesure, sur les deux anses